

### Литература:

1. Пипа, Л.В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Л.В.Пипа, С.В.Римша, Р.В.Свістільник, Ю.М.Лисиця// Здоров'є ребенка – 2014. №6(57). С.92-99.
2. Нечитайло Ю.М. Методологічні основи оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям у дітей. //Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології . – 2013. №3. С.5-9.
3. World Health Organization. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country (2012). URL: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide)
4. <http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000153/beck-youth-inventories-second-edition-byi-ii.html>

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, УЧАЩИХСЯ Г. МИНСКА

*Т. П. Павлович, И. Н. Гурко, А. Н. Черевко*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Введение. Качество жизни, связанное со здоровьем (далее – КЖ), признано одним из ключевых методов оценки состояния здоровья и благополучия детей. Актуальность проблемы оценки качества жизни в педиатрии не вызывает сомнений, поскольку здоровье ребенка относится к основополагающим факторам здоровья населения в общем и является надежным индикатором, реагирующим на процессы, происходящие в общественной, социально-экономической и политической жизни страны [1].

Цель работы – выявить особенности качества жизни, связанного со здоровьем, у детей (учащихся гимназии №19 г. Минска) в различных возрастных группах в зависимости от половой принадлежности и групп здоровья.

Материалы и методы. Исследование проводилось в январе 2015 года в гимназии №19 г. Минска. Была сформирована выборочная статистическая совокупность, состоящая из 409 учащихся. Наблюдение - выборочное, единовременное. Методы – социологический, статистический. Применен общий опросник – PedsQLtm4.0 (2001) [2,3], который состоит из 23 вопросов, объединенных в следующие шкалы:

- «физическое функционирование» (8 вопросов),
- «эмоциональное функционирование» (5 вопросов),
- «социальное функционирование» (5 вопросов),
- «ролевое функционирование – жизнь в школе» (5 вопросов).

Ответы оценивались по 100-бальной системе с последующим вычислением психо-социального компонента здоровья (ПСКЗ), физического компонента здоровья (ФКЗ) и общего уровня качества жизни (ОКЖ).

Обработка материала осуществлена с использованием программ MicrosoftExcell и Statistica10.0. Для анализа данных использовали метод оценки достоверности разности средних величин по критерию Стьюдента. Статистически достоверными принимали уровни коэффициента при величине безошибочного прогноза более 95% ( $p < 0,05$ ).

Результаты и их обсуждение. Дети, согласно методике оценки КЖ, были разделены на 3 возрастные группы:

1. 5-7 лет – 54 человека (13,2%);
2. 8-12 лет – 123 человека (30,1%);
3. 13-18 лет – 232 человека (56,7%).

Средний возраст детей составил –  $12,1 \pm 3,1$  лет. Средний возраст начала посещения школы –  $6,5 \pm 0,49$  лет. Девочки составили 45,5%, мальчики – 54,5%. Удельный вес детей, имеющих первую группу здоровья, – 5,8%, вторую – 60,1%, третью – 34,1%.

Был проведен сравнительный анализ оценки КЖ детьми в различных возрастных группах (табл. 1).

Таблица 1 – Оценка качества жизни детьми (в баллах) в зависимости от возраста,  $M \pm m$

Группы показателей	Возрастные группы			Статистическая значимость различий
	1 (5-7 лет) n=54	2 (8-12 лет) n=123	3 (13-18 лет) n=232	
Физическая активность	$79,63 \pm 1,88$	$87,60 \pm 0,93$	$87,22 \pm 0,72$	$p_{1-2} < 0,001$ , $p_{1-3} < 0,001$
Эмоциональное состояние	$60,56 \pm 2,64$	$72,28 \pm 1,46$	$73,06 \pm 1,22$	$p_{1-2} < 0,001$ , $p_{1-3} < 0,001$
Социальная деятельность	$64,07 \pm 3,11$	$82,97 \pm 1,42$	$87,50 \pm 0,95$	$p_{1-2} < 0,001$ , $p_{2-3} < 0,01$ , $p_{1-3} < 0,001$
Жизнь в школе	$65,37 \pm 2,37$	$77,76 \pm 1,47$	$72,46 \pm 0,98$	$p_{1-2} < 0,001$ , $p_{2-3} < 0,01$ , $p_{1-3} < 0,001$
ПСКЗ	$63,33 \pm 2,19$	$77,67 \pm 1,22$	$77,67 \pm 0,86$	$p_{1-2} < 0,001$ , $p_{1-3} < 0,001$
ФКЗ	$79,63 \pm 1,88$	$87,60 \pm 0,93$	$87,22 \pm 0,72$	$p_{1-2} < 0,001$ , $p_{1-3} < 0,001$
ОКЖ	$67,27 \pm 1,86$	$80,15 \pm 1,06$	$80,06 \pm 0,76$	$p_{1-2} < 0,001$ , $p_{1-3} < 0,001$

При сравнении оценки КЖ у детей в возрасте 5-7 и 8-12 лет было выявлено различие показателей по всем учитываемым факторам. Дети 8-12 лет выше оценивают КЖ как в физической, так и социально-эмоциональной сфере. ПСКЗ, ФКЗ и общий уровень КЖ ниже в младшей возрастной группе.

Дети 8-12 лет выше оценивают ролевое функционирование, чем подростки, но ниже социальную деятельность. Различий в физической активности и эмоциональном состоянии в данных возрастных группах не выявлено.

При сравнении оценки КЖ детей младшей возрастной группы (5-7 лет) и подростковой (13-18 лет) выявлены различия по всем группам показателей, причем подростки оценивают функционирование выше по всем учитываемым факторам.

В возрастной группе 5-7 лет девочки составили 59,3%, мальчики – 40,7%. Различий в оценке КЖ в зависимости от пола в данной возрастной группе не выявлено.

В группе 5-7 лет к I-ой группе здоровья относятся 14,8% респондентов, ко II-ой – 70,4%, к III-ей – 14,8%.

В данной возрастной группе различий в оценке КЖ у детей I-ой и II-ой групп здоровья не выявлены. Дети II-ой группы здоровья выше оценивают ролевое функционирование (жизнь в школе), чем их сверстники с III-ей группой здоровья ( $p<0,05$ ): дети с III-ей группой здоровья чаще испытывают трудности с запоминанием информации ( $p<0,05$ ) и чаще пропускают занятия из-за посещений врача ( $p<0,05$ ).

У учащихся, имеющих I-ю и III-ю группы здоровья, наблюдается большее число различий: дети с I-ой группой выше оценивают КЖ в отношении жизни в школе ( $p<0,001$ ), ПСКЗ ( $p<0,05$ ) и общий уровень качества жизни ( $p<0,05$ ). По отдельным критериям в социальном функционировании выявлена более высокая оценка детьми с I-ой группой здоровья отношений с другими детьми ( $p<0,05$ ); дети с III-ей группой здоровья чаще пропускают школу в связи с посещением врача ( $p<0,05$ ).

В возрастной группе 8-12 лет девочки составили 59,4%, мальчики – 40,6%. Отмечаются различия в оценке КЖ в зависимости от пола (табл. 2).

Таблица 2 – Оценка качества жизни детьми (в баллах) в возрастной группе 8-12 лет в зависимости от пола,  $M \pm m$

Группы показателей	Пол		Статистическая значимость различий
	Мальчики n=50	Девочки n=73	
Физическая активность	87,81 $\pm$ 1,35	87,46 $\pm$ 1,26	-
Эмоциональное состояние	68,30 $\pm$ 2,32	75,00 $\pm$ 1,83	$p<0,05$
Социальная деятельность	77,10 $\pm$ 2,62	86,99 $\pm$ 1,41	$p<0,001$
Жизнь в школе	73,30 $\pm$ 2,42	80,82 $\pm$ 1,77	$p<0,05$
ПСКЗ	72,90 $\pm$ 2,08	80,94 $\pm$ 1,35	$p<0,001$
ФКЗ	87,81 $\pm$ 1,35	87,46 $\pm$ 1,26	-
ОКЖ	76,63 $\pm$ 1,75	82,57 $\pm$ 1,25	$p<0,01$

Девочки выше, чем мальчики, оценивают КЖ в отношении эмоционального состояния, социальной деятельности, ролевого функционирования. Также у них выше ПСКЗ и общая оценки качества жизни.

Среди школьников 8-12 лет I-ю группу здоровья имеют 5,7% респондентов, II-ю – 67,5%, III-ю – 26,8%.

В данной возрастной группе различий в оценке КЖ, связанного со здоровьем, у детей, имеющих различные группы здоровья, не отмечается.

В возрасте 13-18 лет мальчики составили 51,3%, девочки – 48,7%. Отмечаются различия в оценке КЖ мальчиками и девочками (табл. 3).

Таблица 3 – Оценка качества жизни детьми (в баллах) в возрастной группе 13-18 лет в зависимости от пола,  $M \pm m$

Группы показателей	Пол		Статистическая значимость различий
	Мальчики n=119	Девочки n=113	
Физическая активность	89,94 ± 0,89	84,35 ± 1,07	p<0,001
Эмоциональное состояние	77,10 ± 1,46	68,81 ± 1,90	p<0,001
Социальная деятельность	87,31 ± 1,35	87,70 ± 1,33	-
Жизнь в школе	71,39 ± 1,43	73,58 ± 1,32	-
ПСКЗ	78,60 ± 1,19	76,70 ± 1,23	-
ФКЗ	89,94 ± 0,89	84,35 ± 1,07	p<0,001
ОКЖ	81,44 ± 1,04	78,61 ± 1,09	-

Девочки старшего школьного возраста ниже оценивают физическую активность, эмоциональное состояние и ФКЗ.

В возрастной группе 13-18 лет к I-ой группе здоровья относятся 3,9% респондентов, ко II-ой группе – 53,9%, к III-ей группе – 42,2%.

В этом возрасте различия отмечаются только в оценке КЖ школьниками, относящимися ко II-ой и III-ей группам здоровья: дети с III-ей группой выше оценивают социальную деятельность, чем их сверстники со II-ой группой (p<0,01). По остальным позициям во всех группах здоровья различий не отмечено.

Заключение.

1. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, различается в различных возрастных группах, с увеличением возраста оценка КЖ становится выше.

2. Отмечаются различия в оценке КЖ у девочек и мальчиков, более выражены они в возрастной группе 8-12 лет. В 8-12 лет девочки выше оценивают компоненты КЖ, а в группе 13-18 лет – выше оценка мальчиков.

3. Качество жизни, связанное со здоровьем, различается в зависимости от групп здоровья только в возрастной группе 5-7 лет.

Литература.

1. Баранов, А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии/ А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий, И.В.Винярская// Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т.4. №2. – С. 7-12.

2. Fayers P.M., Machin D. Quality of life: assessment, analysis, and interpretation. -New York: Wiley, 2000.

3. Денисова, Р.В. Надежность, валидность и чувствительность русских версий опросников PedsQLGenericCoreScale и PedsQLRheumatologyModule/ Р.В.Денисова, Е.И.Алексеева, В.Ю.Альбицкий и др // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т. 8. № 1. - С. 30-40.